

ВИКОРИСТАННЯ ДОДАТКОВИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Яценко І.В., Аветіков Д.С., Яценко О.І., Ставицький С.О.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава, Україна

Схожість симптомів різних уражень скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), велика кількість клінічних варіантів патологічних процесів у суглобі, складнощі діагностики можуть призводити до призначення неправильного методу лікування.

Метою дослідження стало вивчення можливості застосування тепlobачення в діагностиці захворювань СНЩС.

Обстежене 34 пацієнта з патологією СНЩС та 12 практично здорових осіб. Проводили електроміографічні дослідження. Реєстрували ЕМГ активність власне жувальних і переднього пучка скроневих м'язів у спокої, під час розжовування ядра лісового горіха, при максимальному зімкненні зубних рядів в положенні центральної оклюзії. Для визначення резервних можливостей жувальних м'язів (ЖМ) використали зоровий зворотний зв'язок. Дослідження термограм (ТГ) проводили за допомогою тепловізора «Рубин-2» із записом на електрохімічний папір. Абсолютну температуру і її перепади вимірювали електротермометром ТПЭМ-1 в 10 зонах СНЩС, скроневої, ЖМ, а також підщелепної області і шиї. Хворих обстежували в уранішні години при нормальній температурі тіла з попереднім періодом адаптації впродовж 20 хвилин при температурі повітря $22,0^{\circ} \pm 1,0^{\circ}$. Використали серію з 10 — 12 ТГ. Досліджені знаходилися в стоматологічному кріслі на відстані 0,5 м від об'єктиву тепловізора. Зйомку проводили в 3 проекціях: прямій і двох бічних.

При вивченні термотопографії досліджуваних областей у практично здорових осіб виявлено підвищення температури в ділянці СНЩС в порівнянні з температурою шкірного покриву над скроневими і жувальними м'язами в межах 0,2-

0,4°C. Середнє значення температури шкіри в ділянці суглоба дорівнювало 34,4°C, температурний градієнт між симетричними областями обох сторін складав також 0,2-0,4°C. Визначалися зони зниженого теплового випромінювання в ділянці носа, вилицевих, щічній зонах і вушних раковин. Підвищення теплового випромінювання спостерігалось в ділянці лоба, орбітальних і скроневоих зонах, губах, області підборіддя і в проекції судинного пучка шиї. Проміжними по інтенсивності інфрачервоного випромінювання були: привушно-жувальна, підщелепні області, задня поверхня шиї.

При дослідженні хворих із загостренням хронічного артриту рентгенологічна картина залишалася в межах норми. На ТГ визначалася виражена зона гіпертермії в області суглоба з відносно невеликою площею вогнища світіння. Температурний перепад коливався в межах від +0,6 до +0,9°C. У хворих з артрозом, коли рентгенологічно виявлялися деформуючі зміни, що далеко зайшли, у поєднанні з грубими порушеннями форми елементів суглоба, ТГ характеризувалися асиметричним зниженням температури в ділянці СНЩС. Температурний перепад коливався від 0,4 до 0,9°C. При електроміографії у хворих із загостренням хронічного артриту і артрозу спостерігалось зниження скорочувальної активності ЖМ при максимальному стискуванні в 1,8 разу і при жуванні в 1,6 разу в порівнянні з електроміографічною характеристикою ЖМ при інтактному ортогнатическом прикусі. При розжовуванні горіха відмічено погіршення скорочувальної активності м'язів, особливо у хворих з артритом СНЩС. В процесі дослідження мало місце порушення синхронності дії власне ЖМ і скроневого м'яза, а також відповідність часу біоелектричній активності і часу біоелектричного спокою.

Подальша розробка питань тепловізіографії з їх науковим трактуванням, дає можливість включити цей об'єктивний метод дослідження в арсенал діагностичних прийомів для диференціальної діагностики різних патологічних процесів у СНЩС.